

指定地域密着型サービス事業所

指定地域密着型介護予防サービス事業所 廃止・休止・再開届出書

年 月 日

大河原町長 殿

所在地

事業者 名称 印

代表者職氏名

次のとおり事業の廃止（休止・再開）をしましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号								
廃止（休止・再開）する事業所	名称								
	所在地								
サービスの種類									
廃止・休止・再開の別	廃止・休止・再開								
廃止・休止・再開した年月日	年 月 日								
廃止・休止した理由									
現に指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスを受けていた者に対する措置 (廃止・休止した場合のみ)									
休止予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日								

備考 事業の再開に係る届出にあつては、施行規則に定める当該事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。